

호스피스 병동에 입원한 말기 암환자의 통증 예측요인

가톨릭대학교 간호대학¹, 전(前) 호스피스연구소장², 수지성모의 집³

용진선¹ · 한성숙¹ · 노유자² · 홍현자³

Abstract

Factors for the Prediction of Pain in Terminally Ill Cancer Patients in Hospice Units

Jinsun Yong¹, Sungsook Han¹, Youja Ro² and Hyunja Hong³

The Catholic University of Korea, College of Nursing¹, Former director of the Research Institute for Hospice/Palliative Care², Suji St. Mary's Retirement Center³

Purpose: The purpose of this study was to investigate the impact of depression, discomfort, spirituality, physical care, and opioid use on pain with terminally ill cancer patients in the hospice units.

Method: The convenient sample of this study consisted of 58 terminally ill cancer patients at three hospice units in university-affiliated hospitals. Patients were interviewed with structured questionnaires. The data was analyzed using ANOVA, Pearson correlation coefficient, and multivariate multiple regression.

Result: The results of this study were as follows: 1) The mean age of the participants was approximately 57 years. Regarding diagnosis, stomach cancer showed the highest frequency (24.1%), followed by lung cancer (17.2%) and rectal cancer (13.8%). Regarding motivation for admission to the hospice unit, the majority of the participants indicated pain control (67.2%), followed by spiritual care (39.7%), and symptom relief (27.6%). 2) The mean pain level measured by VAS was 5.13 (± 2.61). Regarding pain type, the highest pain frequency the participants experienced was deep pain (53.4%), followed by multiple pain (20.7%), intestinal pain (17.3%), and neurogenic (5.2%) and superficial pain (3.4%). 3) Regarding the factors influencing pain, the pain level was significantly affected by the depression level ($P < 0.01$) and the opioid use ($P < 0.01$). Conclusion, In summary, the higher the level of pain the terminally ill cancer patients had the higher the depression level as well as the opioid use. Thus, health care professionals need to continuously provide holistic care for them to die comfortably.

Key Words: Hospice unit, Terminally ill cancer patient, Pain

서 론

책임저자: 용진선, 서울시 서초구 반포동 505번지
가톨릭대학교 간호대학
Tel: 02)590-1298, Fax: 02)590-1297,
E-mail: jyong@catholic.ac.kr

인간은 모두 인격적인 존재로서 자유롭게 책임감을 가지고 인간 됨을 실현하며 삶을 살아야하는 존엄성을 지닌 존재이다. 그럼에도 불구하고 말기 암환자들은

심각한 고통 속에서 인간의 품위를 잃어가며 죽음을 맞이하고 있다.

전세계적으로 1년에 약 600만 명의 환자가 암으로 사망하고 있으며, 한국에서도 매년 8만 여명의 새로운 암환자가 발생하며 이중 6만 명은 암으로 사망하고 있는데, 암으로 인한 사망률이 1위를 차지하게 되었다 [1]. 다행히도 말기환자를 위하여 1960년대부터 세계적으로 시작된 인간적 실존을 도와주는 인간성 회복 운동인 호스피스 활동이 1965년대 이후 한국에도 보급되기 시작하여 호스피스 케어가 병원 및 가정에서 그 실효를 거두고 있으나 아직은 여러 여건으로 충분히 활성화되지 못한 상태이다.

말기 암환자의 80~90%가 통증으로 고통받고 있고, 통증은 그들이 경험하는 가장 고통스러운 증상이다 [2]. 말기 암환자는 죽음에 대한 두려움과 불안, 암과 관련된 신체적 통증과 불편감, 사회적 고립감과 외로움, 죽음의 의미와 절망감, 또는 경제적 부담감등으로 인해 다양하게 고통을 경험할 수 있다. 따라서 말기 암환자의 통증은 신체적, 정신·사회적, 및 영적 측면을 모두 포함한 총체적인 개념으로 이해되고 접근되어야 한다[3].

통증을 완화하기 위해서는 통증관리 원칙에 따라 적절한 진통제의 선택과 적절한 용량을 규칙적으로 투여하여 통증 조절이 85% 정도 가능하나[4, 5]. 아직은 적절히 시행되지 못하고 있는 실정이다 [6]. 약물요법 이외의 접근으로 신체적 간호, 정서적 지지, 및 영적 지지 등이 통증완화에 긍정적 영향을 미치는 것으로 몇몇 연구에서 나타났다[7, 8]. 하지만 말기 암환자의 통증관리에 대한 연구가 매우 소수이기 때문에 이환자들 대부분이 경험하고 있는 통증을 총체적으로 치료하기 위해서는 먼저 통증과 관련된 요인들을 알아보는 것이 우선되어야 할 것이다.

따라서 본 연구의 목적은 호스피스 병동에 입원한 말기 암환자들이 입원 당시에 느끼는 통증의 정도와 불편감, 우울, 신체간호, 그리고 영적 상태를 파악하고,

이러한 요인들과 통증과의 관계를 분석하여 말기 암환자의 삶을 질을 높이고 효율적인 통증관리 방안을 위한 기초자료를 마련하고자 한다. 이에 대한 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 말기 암환자의 호스피스 병동 입원당시 통증 정도를 파악한다.

둘째, 말기 암환자의 통증과 통증 관련 요인들 간의 상관 관계를 파악한다.

셋째, 말기 암환자의 통증에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

※ 연구의 제한점

조사대상 3개 병원에 공통적인 통증 관리 원칙이 없으므로 마약성 진통제의 사용유무 만을 분석대상으로 택하였다.

통증은 신체적 쇠약, 정서적 파괴, 및 사회적 기능을 제한하고 일상생활에 지장을 초래하므로[9~11]. 말기 암환자들이 삶의 질을 유지하고 편안한 임종을 맞이하도록 하기 위해서 통증 조절은 필수적이라 하겠다. 통증 조절의 목적은 완전한 통증 소실에 있으며, 대부분의 병원들에서는 주로 진통제를 사용하여 통증을 조절하고 있다[12]. 그러나 말기 암환자의 60~70%가 적절한 통증관리를 받지 못하고 있는데[6] 그 이유는 의사와 간호사들의 인식부족과 무관심, 마약사용에 대한 사회통념상의 제약 및 마약중독에 대한 환자와 가족들의 두려움 등이다[13]. 또한 의료인들의 암환자의 통증조절에 대한 지식부족, 환자의 통증 호소를 제대로 평가하지 않고 있다는 점, 법적 규제에 대한 우려, 및 마약성 진통제의 부작용에 대한 우려 등을 들 수 있다[10].

일반적으로 암진단을 받고 치료받는 환자의 30~50%, 진행되는 암환자의 60~70%, 말기 암환자의 80~90%가 통증을 호소한다고 본다[2]. 암환자의 통증 조절 방법 중에서 가장 많이 상용하는 방법은 역시 진통제의 사용이며 일반적으로 WHO에서 권장하는 3단계요법을 권장하고 있다[10]. 일반적으로 통증은 진통

제를 통증관리의 원칙에 따라 적절히 선택하여 적절한 용량을 규칙적으로 투여하면 환자의 85~90%이상에서 통증조절이 가능한 것으로 알려져 있다[5, 13, 14]. 말기 암환자의 통증조절에는 약물 요법 이외에 신체적 물리적 요법[15~17]. 그리고 환자의 다양한 신체적 증상, 우울, 불안 및 영적 상태와 관련하여 심리적 및 영적 중재가 수행되고 있다[18, 19].

말기 암환자의 통증 완화를 시키기 위한 신체적 물리적 통증 조절 방법으로는 목욕, 냉찜질, 온찜질, 마사지, 압력, 진동을 이용해 피부를 자극하는 방법들이 있다[10, 12]. 가능한 한 환자들의 활동적인 상태를 유지하고 자가 간호에 참여하게 하거나, 체위변경, TENS의 사용, 능동적인 관절 운동을 가능한 범위 내에서 실시하고, 부동상태를 피하도록 하는 것이 필요하다. 그러므로 신체 간호의 유용성을 알아보는 것은 중요하다 하겠다.

신체 간호 연구로 30분간 마사지를 시행한 후 통증에 대한 인지와 불안이 유의하게 감소되어되었음을 보고하였고[16], 손마사지도 신체적인 불편감과 심리적인 불안이 감소되었음을 보고하였다[15]. 또한 주 간호 제공자를 통한 마사지가 환자의 정서적 스트레스의 개선(85%), 신체적 스트레스 개선(85%), 신체적 통증 개선(77%), 수면장애 개선(54%)에 기여한 것으로 나타났다[20]. 암환자는 아니지만 수술환자의 열·냉 요법 후 통증 점수가 유의하게 낮아짐을 볼 수 있어[21, 22]. 이러한 물리적 요법의 유용성을 알 수 있다.

심리적 통증 조절과 연관된 요인으로 정신적 우울을 들 수 있다. 통증은 해로운 신체적 자극에 의해 유발되지만 통증을 경험하는 사람의 인지, 정서, 사회적 요소에 의해 통증의 강도는 달라진다. 즉, 통증에 대한 과거의 경험과 통증에 부여하는 의미, 불안, 우울 등의 정서 상태나 사회적 고립 등은 환자의 통증 경험을 악화시킬 수도 있다. 이러한 정서적인 우울과 불안상태[23~25]에서 암환자의 실망감이 내재화되어 우울이 지속되면 신체적인 증상이 나타나고 그로 인하여 통증

이 유발 될 수 있다[26]. 암환자의 통증은 우울과 관계가 있으며[23, 24], 불안도 통증과 높은 상관 관계가 있음을 보고하였다[25, 27].

인간의 영적 측면은 개인의 다른 모든 측면들 즉 신체적, 정신·사회적 측면들을 통합하는 근본적인 힘으로서 개인의 안녕 상태를 결정하는데 중요한 역할을 하며 다른 모든 측면들의 핵심이다[28]. 일반적으로 호스피스 간호 시 말기 환자의 간호요구는 통증 조절이 주된 신체적 요구로 나타나지만 죽음에 직면하게 되면 극도의 불안과 함께 영적 요구가 강하게 된다. 이러한 영적 요구에 대한 파악과 함께 책임 있는 간호 중재가 결과적으로 환자 통증의 완화를 가져 올 수 있다[8]. 실제로 몇몇 연구에서 영적간호중재를 받은 말기 암환자의 통증과 우울[7] 그리고 통증과 불안[8]이 유의하게 감소하였음이 보고되었다.

결국 호스피스 환자의 통증은 단순히 신체적 증상 치료로만 해결되지 않고 정신·사회적, 그리고 영적인 요소와 연관되어 나타나므로 총체적 접근에 의한 간호 중재가 요구된다고 볼 수 있다. 따라서 말기 암환자들이 존엄성을 지니고 평화롭게 생을 마무리 할 수 있도록 통증에 영향을 미치는 요인들을 분석하여 효율적인 통증관리 방안을 마련하는 것이 필수적이라 하겠다.

대상 및 방법

1. 연구 설계

본 연구는 호스피스 병동에 입원한 말기 암환자의 통증 정도와 통증에 영향을 미치는 요인들을 분석하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

C대학 부속 병원인 K., H. 및 P. 병원의 3개 호스피스 병동에 입원한지 2일 이내의 말기 암환자를 대상으로 의사소통이 가능하고 통증을 있어 진통제가 투여되는 환자 58명을 대상으로 하였다.

3. 연구 도구

1) 통증

(1) 통증의 정도

0에서 10까지의 11척도인 10cm의 시각통증등급 (Visual Analogue Scale:VAS)을 사용하였다.

(2) 통증의 종류

신체의 전면과 후면의 그림에 주요 통증 부위를 표시하고 그 양상을 설명하도록 한 후 통증의 종류를 표제성 통증, 심부, 내장성, 신경성, 그리고 복합성 통증 [29]으로 분류하였다.

2) 통증의 영향 요인 측정

(1) 우울

0에서 10까지의 11척도인 10cm의 시각등급(Visual Analogue Scale : VAS)을 사용하였다.

(2) 불편감

McCorkle & Young[30]이 개발하고 엄동춘[31]이 수정 보완한 도구를 사용하였다. 이 도구는 총 18문항으로 “매우 심하다”(5점)부터 “전혀 그렇지 않다”(1점)까지 5점 척도이며 최저 18점에서 최고 90점으로 점수가 높을수록 불편감이 높은 것을 의미한다. 이도구의 신뢰도는 엄동춘[31]의 연구에서 Cronbach’s alpha 0.79 이었고 본 연구에서는 Cronbach’s alpha 0.87 이었다.

(3) 신체 간호 시행 회수

호스피스병동에서 매일 행해지는 9개 항목의 기본 신체 간호- 세발, 부분 목욕, 통 목욕, 구강 간호, 회음 부 간호, 체위변경, 등 마사지, 열 요법 및 냉 요법에 대한 시행 회수의 평균으로 측정하였다.

(4) 영적 상태

Reed가 개발한 The Spiritual Perspective Scale (SPS)을 번역하여 사용하였다. SPS는 총 10문항으로 영적인 면이 대상자의 삶에 영향을 미치는 정도를 측정하는 것으로 “전혀 아니다”부터 “아주 그렇다”까지 6점 평점척도이다. 최저 10점에서 최고 60점으로 점수

가 높을수록 영적 상태가 높음을 의미한다. 이 도구의 신뢰도는 말기 암환자를 대상으로 측정된 결과 Cronbach’s alpha 0.95 이었으며, 중병이 아닌 입원환자에서 Cronbach’s alpha 0.93, 건강한 정상인이 Cronbach’s alpha 0.95이었던[32]. 본 연구에서는 Cronbach’s alpha 가 0.95였다.

(5) 진통제

연구 시점에서 마약성 진통제 사용 유무로 측정하였다.

(6) 진통제에 대한 부작용

설문지에 부작용을 열거하고 표시하도록 하였다.

4. 자료 수집 절차

C대학 3개 부속 병원의 호스피스 병동에 근무하는 간호사들에게 본 연구의 목적과 대상자 선정 기준을 소개한 후에 대상자 선정에 도움을 받았다. 이후 선정 기준에 합당한 환자와 보호자들에게 연구의 목적과 방법을 설명한 후 동의를 얻어 조사를 실시하였다. 자료 수집은 1998년 3월부터 1999년 1월까지 1년간 실시되었고, 연구원들이 대상자를 방문하여 직접 면접으로 자료를 수집하였다. 통증과 우울의 정도는 하루를 되돌아보고 평균 정도를 표시하도록 하였고 불편감과 영적 상태는 조사 당시의 느낌을 표시하도록 하였다. 진통제 관련 사항과 제공받은 신체 간호의 시행 회수에 대해서는 의무기록과 간호사 및 환자와 보호자에게 확인한 후에 기록하였다. 수집된 자료는 총 70부 였으나 불완전한 설문지는 제외하여 총 58부만을 자료로 사용하였다.

5. 자료 분석

수집된 자료는 SAS 통계처리 프로그램을 이용하여 연구 대상자의 일반적인 특성에 대한 서술적 통계를 실시하였고, 각 변수들간에 상관 관계는 Pearson Correlation Coefficients로, 통증 정도와 통증 관련 변수와의 관계는 다중회귀분석법을 이용하여 분석하였다.

결 과

1. 대상자의 일반적인 특성

대상자의 평균 나이는 57세 이었고 60세 이상이 28명(48.3%), 50~59세가 15명(25.9%)의 순으로 나타났으며, 남자가 51.7%, 여자가 48.3%였다. 교육정도는 고등학교 졸업자가 가장 많았고(32.8%), 다음이 대학교 졸업자(20.7%), 초등학교 졸업자(13.8%) 순이었다. 종교는 가톨릭이 62.1%로 가장 많았으며, 개신교 13.8%, 불교 6.9%로 나타났다. 월 평균 수입은 100-200만원 사이가 가장 많았고(39.7%), 100만원 이하가 29.3%, 201~300만원이 8.6%, 300만원 이상이 5.2%였다. 결혼 상태는 기혼이 89.7%, 미혼이 8.6%, 이혼이 1.7%이었다. 가족 수는 2명인 경우가 25.9%, 4명이 19.0%, 없는 경우가 17.2%, 3명이 15.5% 순으로 나타났다 (Table 1).

임상적 특성을 보면 진단명은 위암이 24.1%로 가장 높은 비율을 보였으며, 폐암이 17.2%, 직장암이 13.8%의 순 이었다. 호스피스 병동에 입원하게된 동기는 대부분이 통증완화(67.2%) 였으며, 그 외에 영적 간호가 39.7%, 증상완화가 27.6%이었다. 자신의 진단명은 한 명을 제외하고는 57명이 모두 알고 있었다. 수술을 받은 경우는 44.8%, 받지 않은 경우가 55.2% 이었다. 가족력에 암이 있었던 경우는 27.6%이었고, 그중 인척관계가 10.3%, 배우자가 6.9%, 부모나 형제가 암인 경우가 5.2% 이었다. 일상 수행 정도는 부분적으로 가능한 경우가 65.5%로 가장 많았으며, 전혀 불가능이 22.4%, 12.1%는 가능한 것으로 나타났다(Table 2).

돌봄과 관련된 특성에서, 한 명을 제외하고는 대상자 모두 주 돌봄 제공자가 있었으며, 주로 가족이었고 (72.4%) 간병인이 20.7%, 기타가 6.9%이었다. 간호 장소는 84.5%가 병원을 선호하였는데 그 이유는 통증 조절을 위해서(51.7%), 언제나 치료가 가능한 점(15.5%), 정서적 안정이(15.5%), 그리고 영적 간호(12.1%)로

나타났다. 대상자 모두는 가정의 간호를 염려하고 있었는데 그 이유는 통증 조절이 어렵다는 것(77.6%), 영적 간호 제공자 부재(15.5%), 돌봐줄 사람의 부재

Table 1. Demographic Characteristics of the Study Sample (n=58)

Variable	Frequency	Percent (%)
Age		
25~39	4	6.9
40~49	11	19.0
50~59	15	25.9
60~82	28	48.2
Gender		
Male	30	51.7
Female	28	48.3
Education		
Elementary school	8	13.8
Junior school	5	8.6
High gradute school	19	32.8
>College gradute school	12	20.7
Missing	14	24.1
Religion		
Catholic	36	62.1
Protestant	8	13.8
Buddhist	4	6.9
None	10	17.2
Monthly Income (Man won)		
<100	17	29.3
100~200	23	39.7
201~300	5	8.6
>300	3	5.2
Missing	10	17.2
Marrital Status		
Married	52	89.7
Unmarried	5	8.6
Divorced	1	1.7
Number of Family Member		
0	10	17.2
1	3	5.2
2	15	25.9
3	9	15.5
4	11	19.0
5	6	10.3
6	3	5.2
8	1	1.7

Table 2. Clinical Characteristics of the Study Sample (n=58)

Variable	Frequency	Percent (%)
Diagnosis		
Cervix ca	3	5.2
Rectal ca	8	13.8
Small intestine ca	1	1.7
Ovarian ca	2	3.4
Lung ca	10	17.2
Pancreatic ca	3	5.2
Thyroid ca	1	1.7
Breast ca	4	6.9
Gastric ca	14	24.1
Hepatoma ca	2	3.4
Bile duct ca	2	3.4
Esophageal ca	1	1.7
Others ca	7	12.1
Motive of Admission to Hospice Unit		
Pain relief	39	67.2
Spiritual Care	23	39.7
Symptom Relief	16	27.6
Others	3	5.1
Diagnosis Being Informed		
Yes	57	98.3
No	1	1.7
Diagnosis Surgery Experiences		
Yes	26	44.8
No	32	55.2
Family History of Cancer		
Yes	16	27.6
No	38	65.5
Missing	4	6.9
Relationship of Family		
Parent	3	5.2
Siblings	2	1.7
Relatives	6	10.3
Spouse	4	6.9
Others	3	5.2
Missing	41	70.7
Activities of Daily Life		
Possible	7	12.1
Partially Possible	38	65.5
Impossible	13	22.4

Table 3. Care Related Characteristics of the Study Sample (n=58)

Variable	Frequency	Percent(%)
Primary care giver		
Yes	57	98.3
No	1	1.7
Relationship		
Family	42	72.4
Professional care taker	12	20.7
Others	4	6.9
Care facility preferred		
Home	9	15.5
Hospital	49	84.5
Reason		
Pain Control	30	51.7
Spiritual Care	7	12.1
Treatment Availability	9	15.5
Emotional Comfort	9	15.5
Concerns to be cared at home		
Yes	58	100.0
No	0	0.0
Reason		
Pain Control	45	77.6
Spiritual Care	9	15.5
No Caregiver	8	13.8
Burden to the Family	4	6.9

(13.8%), 및 가족의 부담감(6.9%)의 순으로 나타났다 (Table 3).

2. 통증 정도와 통증과 관련 요인

통증의 종류를 보면, 대상자의 53.4%가 심부 통증, 20.7%가 복합적인 통증, 17.3%가 내장 통증, 5.2%가 신경성 통증, 3.4%가 표재성 통증을 호소하였다. 통증을 완화시키기 위해서 신경 차단술(nerve block)을 한 경우가 5.2%이었다. 진통제 사용으로 인한 부작용에는 정신이 흐려지는 증상이 36.2%, 오심과 구토증이 15.5%, 변비증이 13.8%, 호흡 억제 증상이 3.4%로 나타났으며, 1.7%만이 부작용을 경험하지 않았다. 마약성 진통제는 77.6%가 사용하였다(Table 4). 통증정도는 평균 4.69점이었으며, 진통제를 사용한 빈도는 평균 5.13

Table 4. Pain Related Characteristics of the Study Sample (n=58)

Variable	Frequency	Percent (%)
Pain type		
C1 (superficial pain)	2	3.4
C2 (deep pain: bone, heart, liver)	31	53.4
C3 (intestinal pain)	10	17.3
N (neurogenic pain)	3	5.2
M (multiple pain)	12	20.7
Nerve Block		
Yes	3	5.2
No	55	94.8
Side of Narcotics		
Drowsy	21	36.2
Constipation	8	13.8
Nausea & Vomiting	9	15.5
Respiration Depression	2	3.4
Non	1	1.7
Missing	17	29.3
Use of Opioid		
Yes	45	77.6
No	13	22.4

Table 5. Descriptive Statistics for the Variables

Variables	Mean	SD	Min	Max
Pain	4.69	2.11	1.00	9.00
Opioid use	5.13	2.61	1.00	10.00
Depression	6.13	4.22	1.00	16.00
Physical Care	2.59	0.70	1.33	4.22
Discomfort	4.13	1.30	1.00	6.00

Table 6. Correlational Matrix among the Major Variables

Variable	Pain	Depression	Physical Care	Discomfort	Spiritual Assessment
Pain	1.00000				
Depression	0.39104*	1.00000			
Physical Care	0.31346*	0.03285	1.00000		
Discomfort	0.30441*	0.34960*	0.06590	1.00000	0.02602
Spirituality	0.11918	0.03697	0.29691	0.02602	1.0000

* P<.05

회, 우울감은 6.13점, 불편감은 4.13점, 신체간호 시행은 2.59점이였다(Table 5).

3. 통증정도와 통증 예측 요인과의 상관 관계

통증정도와 통증예측 요인간의 상관 관계를 보면 통증과 우울(P<.05), 통증과 신체적 간호(P<.05), 통증과 불편감(P<.05), 우울과 불편감(P<.05) 사이에 순 상관 관계를 보였다. 즉, 우울하고 불편감이 심할 수록 통증이 더 심했으며, 신체 간호 횟수가 많은 경우일 수록 통증을 더 느꼈고, 불편감이 심할수록 더 우울하였다(Table 6).

4. 통증 예측 요인 분석

우울 정도($\beta=0.41, P=0.0049$)와 마약성 진통제 사용유무($\beta=2.11, P=0.0132$)가 환자의 통증 정도($R^2=.46$)에 유의하게 영향을 미쳤다(Table 7). 즉 우울과 마약성 진통제 사용이 환자의 통증정도에 46%의 영향력을 가지는 것으로 나타났다.

고 찰

암환자가 경험하는 증상 중에서 가장 고통스러운 것은 통증이라 할 수 있다. 통증은 단순한 신체적인 증상뿐만 아니라 총체적인 개념으로서 정신·사회적, 그리고 영적인 요소들을 함께 포함하여 이해해야 된다 [33]. 그러므로 암과 관련된 통증의 원인은 암 자체

Table 7. Multiple Regression Using Major Study Variables to Predict Pain Level

Variable	Beta	Standard Error	t Value	Pr > t
Opioid Use	2.11257	0.80031	2.64	0.0132
Depression	0.40824	0.13410	3.04	0.0049
Physical Care	0.08464	0.08103	1.04	0.3049
Discomfort	0.03987	0.53745	0.07	0.9414
Spirituality	0.50461	0.29163	1.73	0.0942
R ²	0.4624			
F (P value)	4.99(0.0020)			

암 치료, 신체적인 허약감, 영적 고통 또는 암과 관련 없이도 나타날 수 있어 통증은 주관적인 현상으로 이해가 불완전하여 조절이 어려우므로 통증을 야기하는 원인을 파악하고 그에 따른 적절한 통증조절이 매우 중요하다고 하겠다[12]. 통증을 조절하는 목표는 완전한 통증 소실에 있는데, 삶의 질을 유지하고 편안한 임종을 맞도록 하기 위한 것이며[9, 11, 13], 먼저 환자 자신들의 요구에 의해 이루어지고[34], 대부분의 병원들에서 주로 진통제를 사용하여 통증을 조절하고 있다.

본 연구에서 대상자들이 호스피스 간호를 받는 장소로 병원(84.5%)을 선호하였는데 그 이유는 통증 조절을 위해서, 언제나 치료가 가능한 점, 정서적 안정, 그리고 영적 간호를 받을 수 있다는 점으로 나타났다. 대상자 모두는 가정에서의 간호를 염려하였는데 그 이유는 통증 조절이 어려운 점, 영적 간호와 돌봐줄 사람의 부재, 및 가족의 부담감 이었다. 이로 미루어 볼 때 호스피스 병동에서 우선 순위로 해야하는 것은 통증을 효과적으로 조절해야 하는 것이라 할 수 있다.

통증은 말기암 환자의 80%에서 호소하는 가장 빈도가 높은 증상이다[17, 35, 36]. 본 연구에서는 대상자의 통증 특성은 53.4%가 심부 통증, 20.7%가 복합적인 통증, 17.3%가 내장 통증, 5.2%가 신경성 통증, 3.4%가 표재성 통증을 호소하였는데 심부 통증이 과반수 이상인 것으로 나타났는데 이는 대상자가 주로 위암, 폐암, 직장암 인것에 기인 한 것으로 보인다. 일

반적으로 암의 종류에 따른 통증의 빈도 차이는 폐암, 위암, 유방암, 대장암, 간암등의 고형암에서 높은 반면 혈액암에서는 통증의 정도가 비교적 낮다.

본 연구의 결과 통증 정도는 VAS를 이용하여 측정 한 결과 평균 약 4.7점이였다. 김지운[39]이 악성 종양 환자 24명을 대상으로 통증과 진통제 투여 실태를 조사한 결과 통증이 있는 암환자의 평균 통증척도는 4.49점(15점 척도)으로 본연구 보다 낮게 나왔다. 일개 병원의 호스피스 병동에 입원한 말기 암환자 94명의 입원당시 통증 정도는 47.7 (100점 척도)점 이었다 [37]. 말기암 환자의 통증은 통증 관리를 통하여 더 이상 진행되지 않는 상태로 유지된다고 볼 수 있다. McMillan [17]은 그의 연구를 통하여 호스피스 병동에 입원할 당시 암환자의 82%가 통증을 호소하였으나 입원기간 동안 간호를 제공받아 3주 후에 쾌적한 상태가 되었고 통증이 5점 이하로 감소되었음을 보고하여 통증관리를 통하여 암환자들의 삶의 질을 향상 시킬 수 있음을 시사하였다.

결국 통증은 통증관리의 원칙에 따라 적절한 진통제의 선택과 적절한 용량을 규칙적으로 투여하여야 하는데 진통제를 사용할 경우 이들 환자의 90%이상에서 통증조절이 가능한 것으로 알려지고 있다[5, 13, 14]. 본 연구에서 사용한 진통제의 종류는 몰핀, 펜타닐 패치이며 그 사용 용량이나 그 범위는 다양하였고, 대상자의 78%만이 마약성 진통제를 사용하였다. 연구 대상 병원들에 따라 진통제 사용이 다양해 이에 관한 표준

화가 필요하다고 본다.

말기 암환자의 통증 조절과 관련된 사항은 약물 요법 이외에도 물리적 신체적 케어[15~17], 환자의 다양한 신체적인 증상, 우울, 불안, 및 영적 상태들을 들 수 있다[18, 19]. 본 연구에서 나타난 통증과 신체간호 횟수($P<.01$)는 순 상관 관계를 보여 신체간호를 많이 받은 사람일수록 통증을 더 느낀 것으로 나타났다. 이는 신체적 증상이 많아 신체간호를 더 많이 받은 경우에 통증이 더 있었음을 시사하나 좀 더 추후연구가 필요한 부분이다.

심리 사회적 통증 관련 요인인 우울은 질병에 대한 불안과 실망감의 내재화로 우울이 지속되면 통증이 더 유발된다고 보았다[26]. 본 연구에서도 통증과 우울이 순 상관관계를 보여 우울이 심할수록 통증이 더 높게 나타났다. 또한, 우울할 수록 불편감도 더 심했다. 기존의 연구[39, 40]에서도 통증이 있는 암환자가 통증이 없는 암환자 보다 더 우울, 불안 및 신체적 증상과 적개심이 높았다. 말기 암환자의 우울은 통증조절을 방해하므로 우울이 있는 말기 암환자를 위해서는 환자 자조 집단 구성을 통한 대화, 이완 및 심상요법, 전환요법을 통한 정서적인 지지, 기분 전환 및 환경 조성을 위한 간호 프로그램도 포함시켜야 한다고 할 수 있겠다[12]. 본 연구에서 통증에 영향을 미치는 변수는 우울 정도와 마약성 진통제 사용이(46%) 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났다.

통증 관련 요인으로서 영적 간호 요구는 임종을 앞둔 말기 암 환자에게 생을 마감하는데 있어 지극히 중요시되는 부분이다. 말기 암환자의 영적 상태는 환자의 안녕감에 중요한 영향을 미친다[32]. 본 연구에서 대상자들이 병원을 선호하는 이유중의 하나는 영적 간호를 받을 수 있다는 점이었다. 이러한 결과는 영적간호에 대한 중요성을 시사하고 있다. 윤매옥[8]의 연구에 의하면 신앙이 있을 수록 영적 요구는 높았으며, 부드럽고, 따뜻하며 희망을 갖도록 케어해주길 원한다고 하였다. 52명의 암환자에게 영적 간호를 실시한 결

과 통증, 우울 정도가 유의하게 낮아져 영적 간호 중재가 암환자의 통증 감소에 효과적이라는 연구[7]와 말기 암환자의 임종간호에 영적 간호가 매우 중요하다는 질적 연구[40] 결과가 있었으며, 영적 간호 중재 후에 불안이 유의하게 감소되었다는 보고가 있었다[8]. 간호 대상자의 상태나 시기에 따라 영적 간호 요구는 다양하게 나타날 것으로 사료된다. 따라서, 호스피스 환자들의 영적 요구에 적절히 응답하기 위해서는 보다 더 심층적인 면담과 체계적인 연구가 필요하다고 본다.

요약하면 암환자의 통증은 총체적인 개념으로서 이해되어야 하며, 통증을 완화하기 위해서는 다양한 원인을 잘 파악하고 인간의 기본적인 존엄성을 유지하며 편안하게 임종 할 수 있도록 신체적, 정신적, 및 영적 측면을 모두 포함한 포괄적인 케어를 제공해주어야 할 것이다.

요 약

목적: 본 연구는 호스피스 병동에 입원한 말기 암환자의 통증과 통증에 영향을 미치는 요인인 우울, 불편감, 신체적 간호 시행 횟수, 진통제 사용, 및 영적상태를 평가하기 위한 서술적 조사 연구이다.

대상: C 대학 3개 부속병원의 호스피스 병동에 새로 입원한 말기 암환자 58명을 대상으로 하였다. 자료수집은 1998년 1월부터 1999년 1월까지 1년간 연구원들의 직접 면접으로 실시하였다. 수집된 자료는 ANOVA, Pearson correlation coefficient, 및 Multivariate multiple regression으로 통계 처리하였다.

결과: 1) 인구학적 특성: 대상자의 나이는 평균 57세 이었고, 60세 이상이 28명(48.3%)으로 가장 많았다. 교육정도는 고등학교 이상 졸업자가 약 53%를 차지하였고, 종교는 가톨릭이 62.1%로 가장 많았다. 결혼 상태는 대부분이 기혼(89.7%)이었고, 가족 수는 2명인

경우가 25.9%, 4명이 19.0%, 없는 경우가 17.2%, 3명이 15.5% 순이다. 임상적 특성으로 진단명은 위암이 24.1%, 폐암이 17.2%, 직장암이 13.8% 순이었다. 호스피스 병동에 입원하게된 동기는 통증완화가 67.2%, 영적 간호가 39.7%, 증상완화가 27.6%였다. 수술을 받은 경우는 44.8%, 받지 않은 경우가 55.2%였다. 가족력에 암이 있었던 경우는 27.6%이었고, 일상 수행 정도는 부분적으로 가능한 경우가 65.5%로 가장 많았으며, 전혀 불가능이 22.4%, 그리고 12.1%는 가능하였다. 돌봄과 관련된 특성에서 주 돌봄 제공자가 주로 가족(72.4%)이었으며, 간호 장소는 84.5%가 병원을 선호하였고 그 이유는 통증 조절(51.7%), 언제나 치료가 가능한 점(15.5%), 정서적 안정(15.5%), 그리고 영적 간호(12.1%) 순으로 나타났다. 대상자 모두는 가정에서의 간호를 염려하고 있었는데 그 이유는 통증 조절이 어렵다는 것(77.6%), 영적 간호 제공자 부재(15.5%), 돌봐줄 사람의 부재(13.8%), 및 가족의 부담감(6.9%)이었다. 통증의 종류를 보면, 대상자의 53.4%가 심부 통증, 20.7%가 복합적인 통증, 17.3%가 내장 통증, 5.2%가 신경성 통증, 3.4%가 표재성 통증을 호소하였다. 마약성 진통제를 사용한 경우는 77.6%였다. 통증 정도는 평균 4.69점이었고, 우울감은 6.13점, 불편감은 4.13점, 그리고 신체간호 시행은 2.59점이였다. 2) 통증과 통증 관련요인과의 상관 관계: 통증과 우울($P<.05$), 통증과 신체적 간호($P<.05$), 통증과 불편감($P<.05$), 우울과 불편감($P<.05$) 사이에 순 상관 관계를 보여, 우울하고 불편감이 심할 수록 통증이 더 심했으며, 신체간호 횟수가 많은 경우일수록 통증을 더 느꼈고, 우울할 수록 불편감도 더 심했다. 3) 통증예측 요인 분석: 우울 정도($\beta=0.41, P=0.0049$)와 마약성 진통제 사용 여부($\beta=2.11, P=0.0132$)가 환자의 통증 정도($R^2=.46$)에 유의하게 영향을 미쳤다.

결론: 본 연구의 결과 말기 암환자들 대부분이 입원 당시 중등도 이상의 통증이 있었으며, 통증정도는 우울과 불편감 그리고 신체간호 횟수와 상관관계가 있

었고, 우울과 마약성 진통제 사용이 통증 예측인자로 나타났다. 그러므로 말기 암환자의 통증을 완화하기 위해서는 약물요법은 물론 신체적, 심리적, 및 영적 측면과 관련된 총체적인 접근에 의한 다학제간의 중재프로그램이 마련되어야 한다고 본다.

참 고 문 헌

1. 통계청. 2000; 사망원인 통계연보.
2. Rawal N, Hylander J, Armer S. Management of terminal cancer pain in Sweden: a nationwide survey. *Pain* 1993;54:169-79.
3. Twycross RG, Lack SA. Symptom Control in Far-Advanced Cancer Pain Relief. 334. London: Pitman Books. 1983.
4. Cleeland L, Reuven CS, Dar MS. Public attitudes towards cancer pain. *Cancer*, 1985;56:2337.
5. Longo DL. Harrison's principle of internal Medicine, 1998:493-497.
6. 윤영호, 김철환. 암성 통증 관리에 관한 전공의들의 지식과 태도. *가정의학회지* 1997;18:591-600.
7. 김효빈. 영적간호중재가 암환자의 통증감소에 미치는 영향. 이화여자대학교 대학원. 1988
8. 윤매옥. 영적 간호중재가 호스피스 환자의 불안에 미치는 효과. *한국호스피스·완화의료학회지* 2001; 4:47-56.
9. 라정란. 두경부 암환자의 항암요법에 따른 일상생활 수행도 및 삶의 질 변화, 가톨릭 대학 의학부 논문집 1997;47:645-51.
10. 암성통증관리. 한국 호스피스-완화의료학회, 대한항암요법연구회, 2001
11. Morgan AE, Lindley CM, Berry JJ. Assessment of pain & patterns of analgesic use in hospice patients. *Am J Hospice Palliat Care* 1994;Jan/Feb.
12. 노유자, 김남초, 홍영선, 용진선. 호스피스 병동에 입원한 말기암 환자의 통증에 영향을 미치는 요인. *대한간호학회지* 1997;31:206-17.
13. 홍영선, 문한림, 전승석, 유덕기, 윤명진, 김훈교, 이경식, 김동집. 암환자의 통증조절. *대한내과학회지* 1985;29:335-41.
14. Grossman S. Undertreatment of cancer pain: barrie and remedies. *Support Care Cancer* 1993;1: 74-78.
15. 박영숙. 신영희. 통증관리에 관한 간호사의 지식.

- 성인간호학회지 1994;6:299-309.
16. Ferrell-Torry AT, Glick OJ. The use of therapeutic massage as a nursing intervention to modify anxiety and the perception of cancer pain. *Cancer Nurs* 1993;16:93-101.
 17. McMillian SC. Pain and Pain relief experienced by hospice patients with cancer. *Cancer Nurs*, 1996;19:298-307.
 18. 이 K.S. 암 환자의 통증조절. *대한내과학회지* 1995;38:839-45.
 19. 윤영호, 허대석, 김용수, 오상우, 유태우, 김유영, 허봉렬. 말기 암환자의 통증 및 통증관리에 영향을 미치는 요인. *한국 호스피스·완화의료학회지* 1998;1:23-29.
 20. MacDonald G. Massage as a respite intervention for primary caregivers. *Am J Hospice Palliat Care* 1998;7:43-7.
 21. 김현리. 냉찜질이 수술후 통증에 미치는 효과. 충남대학교 대학원 석사학위논문. 1986
 22. 김훈교. 암환자의 통증조절; 약물요법. *대한의사협회지* 1995;38:846-51.
 23. 태영숙. 암환자에게 인지된 사회지지와 우울과의 상관관계에 관한 연구. *이화여자간호대학*. 1985
 24. Ahles, Blanchard & Ruckdeschel. The multi-dimensional nature of cancer-related pain. *Pain*, 1983;17:277-288.
 25. Spiegel D, Bloom JR. Psychological treatment of pain due to carcinoma of the breast cancer. *Psychosom Med* 1983;45:333-9.
 26. Bond MR, Pearson IB. Psychological aspects of pain in women with advanced carcinoma of the cervix. *J Psychosom Res* 1969;13:13-9.
 27. Zimmerman L, Story KT, Johansson FG, Rowles JR. Psychological variables and cancer pain. *Cancer Nurs* 1996;19:44-53.
 28. Banks R. "Health and Spiritual Dimension Relationship and Implication for professional Preparation Program". *J S H* 1980;195-202.
 29. Doyle D, Hank GW, McDonald N. *Oxford textbook of Palliative medicine* (2nd. ed.). 1998: Oxford Med. Publ. USA.
 30. McCorkle R, Young K. Development of symptom distress scale. *Cancer Nurs* 1978;3:73-8.
 31. 엄동춘. 암환자의 우울과 불편감과 관련된 요인에 관한 연구. *서울대학교 대학원*. 1986
 32. Reed PG. Spiritual and well-being in terminal ill hospitalized adults. *Res Nurs Health* 1987;10: 335-44.
 33. 이원희. 말기 암환자의 총체적 고통. *한국 호스피스·완화의료학회지* 2000;3:60-73.
 34. 이경식. 암환자의 통증조절 : 개요, *대한의사협회지* 1996;38:839-45.
 35. Cartwright A, Hockey L, Anderson ABM. Life and Death, in Twycross RG : Incidence of pain. *Clin Oncol* 1984;3:page?.
 36. Twycross, R.G. Incidence of pain. *Clin Oncol*, 1984;3:5.
 37. 최숙경. 호스피스 병동에 입원한 말기암 환자의 통증관리. *가톨릭대학교 산업보건대학원, 석사학위논문*. 1997
 38. Woodforde J, Fielding J. Pain and Cancer. *J Psychosom Res* 1970;14:365-70.
 39. 김지윤. 악성종양환자의 통증과 진통제 투여 실태. *서울대학교대학원 석사학위논문*. 1993
 40. 최공욱. 말기암 환자의 입종 경험에 관한 연구. *연세대학교 대학원 박사학위논문*. 1991